

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-  
LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

**DANE ŚWIADCZENIOWYBY:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis świadczeniowycy

# WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

### 1. Dane świadczeniobiorcy

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

### 2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

#### a) odżywianie

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia \*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik .....
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem .....
- zakładanie zgłębnika .....
- inne niewymienione .....

#### b) higiena ciała

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia \*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej .....
- inne niewymienione .....

#### c) oddawanie moczu

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia \*

- cewnik
- inne niewymienione .....

#### d) oddawanie stolca

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia \*

- pielęgnacja stomii .....
- wykonanie lewatyw i irygacji .....
- inne niewymienione .....

#### e) przemieszczanie pacjenta

##### – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia \*

- z zaawansowaną osteoporozą .....
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności .....
- inne niewymienione .....

- f) rany przewlekłe**  
 – **samodzielny/przy pomocy/utrudnienia\***
- odleżyny .....
  - rany cukrzycowe.....
  - inne niewymienione .....
- g) oddychanie wspomagane .....**
- h) świadomość pacjenta tak/nie/z przerwami\*** .....
- i) rany przewlekłe .....**

**3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel\*\*/\*\*\*** .....

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis oraz pieczęć pielęgniarki

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga\* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\*.

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis oraz pieczęć lekarza

---

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

\*\*\* W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/ ZAKŁADU  
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO\***

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....  
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....  
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Telefon do kontaktu

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....  
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie\*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca\*\* .....

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie\*)

.....  
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

.....  
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)\*\*\*

**- do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego\* .**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku  
gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje  
zawód w tym podmiocie

---

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Jeżeli jest wymagana.

\*\*\* Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy

pieczętka zakładu

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>2)</sup>

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

L/p	Czynność <sup>3)</sup>	Wartość punktowa <sup>4)</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej:</b> 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała:</b> 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 = nie porusza się lub <50 m 5 = niezależny na wózku; wliczając zakręty >50 m 10 = spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 15 = niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się:</b> 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>		

.....  
data, pieczętka, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

## Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

<sup>1)</sup>Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup>Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>3)</sup>W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup>Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup>Należy wpisać uzyskana sumę punktów.

## Informacje dodatkowe dla ZOL

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			

## 3. Informacje dodatkowe dla ZOL

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1.		
2.		
3.		

.....  
Data, pieczęć, podpis pielęgniarki

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej  
albo lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską  
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię osoby ubiegającego się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego

.....

Data urodzenia

.....

Adres zamieszkania

**I. Wywiad** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....

.....

.....

**II. Badanie przedmiotowe:** waga..... wzrost..... ciepłota.....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

2. Układ oddechowy.....

3. Układ krążenia: wydolny-niewydolny\*), ciśnienie krwi..... tętno/min.....

4. Układ trawienia.....

5. Układ moczowo-płciowy.....

.....

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi.....

.....

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów.....

.....

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza):.....

.....

.....

9. Schorzenia współistniejące: \*)

a) choroba zakaźna tak – nie, jeśli tak to jaka?

a).....

b) gruźlica tak – nie, jeśli tak, to czy w stadium zakaźnym tak – nie

c) narkomania tak - nie

d) choroba psychiczna tak – nie, jeśli tak, to jaka?.....

.....

**III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga: całodobowej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.\*)**

.....  
Podpis oraz pieczęć lekarza

\* Niepotrzebne skreślić.